Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII. Kraków, 30. marca 1918. Nr. 13

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O wartości opukiwania i osłuchiwania klatki piersiowej i kręgosłupa w gruźlicy gruczołów tchawiczno-oskrzelowych.

Podał

Karol Rozenfeld (Częstochowa).

Stwierdzenie powiększenia gruczołów tchawiczno-oskrzelowych zapomocą badania fizycznego do czasów ostatnich uważane było w szerokich kołach lekarzy za rzecz niesłychanie trudną i niepewną. Powoływano się przedewszystkiem na to, że gruczoły, położone w głębi klatki piersiowej, oddzielone od powierzchni tkanką płucną, znajdują się w warunkach bardzo niekorzystnych dla opukiwania i osłuchiwania. Sukiennikow 1), który w r. 1903 ogłosił cenną pracę, poświęconą anatomii topograficznej gruczołów, wątpił, czy opukiwanie zdoła znaleźć tutaj szersze zastosowanie z powodu głębokiego położenia gruczołów. Nie mniej pesymistycznie zapatruje się na tę sprawę Brecke 2), który w r. 1905 opisuje najważniejsze pod względem rozpoznawczym objawy kliniczne gruźlicy gruczołów.

Zwracano również uwagę, że objawy fizyczne powiększenia gruczołów, stwierdzone drogą opukiwania i osłuchiwania klatki piersiowej, są bardzo niestałe i zmienne, zależą bowiem od stopnia obrzmienia i ilości gruczołów, dotkniętych sprawą gruźliczą, oraz od schorzenia tej lub innej gromady. Podkreślano wreszcie, że zmiany opukowe i osłuchowe, najczęściej niewyraźne, ledwie zaznaczone, dają możność dowolnego ich tłomaczenia i wnoszą do badań pierwiastek podmiotowy, nieścisły. Wszystkie te względy sprawiały, że nie tylko lekarze praktyczni, ale nawet tak wybitni klinicyści, jak Sokołowski 3), Heubner 4) i Schlossmann 5) (1906), odmawiali badaniom fizycznym poważniejszego znaczenia w rozpoznawaniu gruźlicy gruczołów tchawiczno-oskrzelowych.

W ostatnich kilku latach, pod wpływem całego szeregu nowych poszukiwań klinicznych, uzupełnianych i sprawdzanych w miarę możności badaniami radyoskopowemi i sekcyjnemi, poglądy autorów na tę sprawę znacznie się zmieniły. Opracowano nietylko nowe metody badania, ale nadto rzucono wiele światła na znaczenie i wartość objawów fizycznych, spostrzeganych i opisywanych już dawniej. Rozpoznanie gruźlicy gruczołów zostało znacznie ułatwione, należy tylko dążyć do tego, ażeby odpowiednie metody fizyczne zostały szerzej, niż dotychczas, uwzględniane w praktyce lekarskiej.

Badanie fizyczne klatki piersiowej i kręgosłupa w gruźlicy gruczołów naogół jest dosyć trudne. Wymaga ono nietylko dokładnej znajomości stosunków topograficznych, ale również dużej wprawy i wydoskonalenia się w spostrzeganiu i odróżnianiu subtelnych wrażeń dźwiękowych. Poza tem konieczna jest pewna praca przygotowawcza, mająca na celu bliższe poznanie wszystkich właściwości opukowych i osłuchowych klatki piersiowej i kręgosłupa w warunkach prawidłowych. Powtóre, musimy pamiętać o tem, że wyrazistość i natężenie zmian fizycznych w gruźlicy gruczołów znajdują się w stosunku prostym do stopnia ich obrzmienia. Im gruczoły schorzałe są większe, tem wyraźniejsze są odpowiednie objawy opukowe i osłuchowe. W postaciach lekkich, przy małem obrzmieniu gruczołów, zmiany fizyczne są zaznaczone słabo lub może ich zupełnie brakować.

Jednym z najczęstszych i najstalszych objawów gruźlicy gruczołów tchawiczno-oskrzelowych, stwierdzonych zapomocą opukiwania klatki piersiowej, jest zmiana odgłosu opukowego w pierwszem międzyżebrzu prawem, w bezpośredniem sąsiedztwie stawu mostkowo-obojczykowego prawego. Podług autorów francuskich, którzy z pewnem niedowierzaniem traktują możność opukiwania gruczołów, okolica stawu mostkowo-obojczykowego prawego stanowi wyjątek i nadaje się doskonale do tego sposobu badania. Fakt ten tłomaczy się blizkiem sąsiedztwem gruczołów pozamostkowych górnych śródpiersia oraz położonej nieco głębiej gromady prawostronnej gruczołów tchawiczno oskrzelowych (groupe prétrachéobronchique droit-Barety 6) lub lymphoglandulae tracheobronchiales dextrae Sukiennikowa). Jak dowodzą badania sekcyjne, dwie powyższe grupy gruczołów wraz z gromadą, położoną pod miejscem podziału tchawicy (groupe intertracheobronchique Barety lub lymphoglandulae bifurcationis Sukiennikowa), są ulubioną siedzibą gruźlicy.

Stłumienie przymostkowe w pierwszem międzyżebrzu lewem bywa spostrzegane rzadziej, gdyż warunki anatomiczne z tej strony są mniej pomyślne i gruczoły rzadziej ulegają schorzeniu. Zmiana odgłosu opukowego niezawsze zasługuje na nazwę stłumienia. Czasami występuje tylko odgłos wyższy lub krótszy, któremu towarzyszy uczucie wzmożonego oporu pod palcem. Chcąc stwierdzić te zmiany, trzeba badać porównawczo okolice obydwóch stawów mostkowo-obojczykowych i przytem opukiwać lekko. Przy jednoczesnem stłumieniu na rękojeści mostka, zwłaszcza u dzieci do lat 5—6, musimy pamiętać o możliwości przerostu grasicy. W tem ostatniem cierpieniu stłumienie ma charakterystyczną postać trójkąta, którego podstawę stanowi brzeg górnej rękojeści mostka, wierzchołek zaś znajduje się na linii pośrodkowej mostka, mniej więcej na poziomie przyczepu chrząstki drugiego żebra (Nobécourt et Tixier 7). Boki tego trójkąta nie wybiegają prawie wcale poza brzegi rękojeści mostka. Przeciwnie, przy powiększeniu gruczołów stłumienie występuje najwyraźniej w okolicy przymostkowej pierwszego międzyżebrza, zwłaszcza na stronie prawej. — Bardzo często można również stwierdzić zmianę odgłosu opukowego w okolicy przymostkowej drugiego międzyżebrza prawej i lewej strony. Tym stłumieniom przymostkowym (parasternale Dampfungen) przypisuje Philippi 8) bardzo ważne znaczenie w rozpoznawaniu gruźlicy gruczołów u ludzi dorosłych.

Pierwotna, samoistna gruźlica gruczołów tchawiczno-oskrzelowych u ludzi dorosłych jest sprawą bardzo rzadką (Bandelier i Roepke, Huguenin). Philippi, który temu przedmiotowi poświęcił szczególną uwagę, sądzi, że i w wieku starszym cierpienie gruczołów może czasami poprzedzać rozwój gruźlicy płucnej. W każdym razie, jak dowodzą najnowsze badania anatomiczne autorów francuskich (Rist i Ameuille) 9), niema najmniejszego podobieństwa między schorzeniem gruźliczem gruczołów u dzieci i ludzi dorosłych. W wieku dziecięcym, przy zmianach płucnych ledwie dostrzegalnych, gruczoły są bardzo duże, zserowaciałe, stwardniałe, zrośnięte z narządami sąsiednimi (periadénite scléreuse). Przeciwnie u dorosłych, przy największych spustoszeniach i rozpadzie płuc, gruczoły są mało zmienione, zaledwie obrzmiałe, najczęściej bez zserowacenia. Wobec małego natężenia zmian chorobowych, gruźlica gruczołów u ludzi dorosłych przebiega skrycie, rozpoznanie zaś z powodu współistniejącego cierpienia płuc jest nadzwyczajnie trudne. Najpewniejsze wyniki w tym względzie daje prześwietlanie promieniami Roentgena (Bernard).

O ile mogę sądzić na podstawie własnego doświadczenia, zmiana odgłosu opukowego w okolicach przymostkowych pierwszych dwóch międzyżebrzy prawych należy do ważnych i czę-

stych objawów gruźlicy gruczołów. Spostrzeżenia moje z ostatnich czterech lat dotyczą 62 przypadków gruźlicy gruczołów u osobników w wieku od lat 5 do 18. Rozpoznanie było ustalone na podstawie wielokrotnie powtarzanego badania klinicznego i dłuższej obserwacyi chorych. W 21 przypadkach zostało sprawdzone zapomocą badania promieniami Roentgena. Ze statystyki tej wyłączam na razie wszystkie te przypadki, w których obok schorzenia gruczołów stwierdziłem mniej lub więcej wyraźne zmiany gruźlicze w płucach. Wśród moich chorych stłumienie przymostkowe prawidłowe spostrzegałem w 26 przypadkach, co stanowi średnio 42%. U 5 chorych można było stwierdzić jednocześnie lekką zmianę odgłosu opukowego w międzyżebrzu pierwszem na stronie lewej. Objawy te występowały przeważnie u dzieci między 6. i 10. rokiem życia. W kilku przypadkach zmiana odgłosu opukowego była bardzo wyraźna i pod względem charakteru i postaci przypominała to stłumienie, jakie spostrzegamy nieraz u ludzi starszych przy stwardnieniu i rozszerzeniu tętnicy głównej wstępującej. Ponieważ stłumienia przymostkowe i objaw Smitha mają wspólną przyczynę w powiększeniu gruczołów śródpiersia, sądziłem, że objawy te zawsze występują wspólnie. Wniosek ten nasuwały również dawniejsze badania Brudzińskiego 10), dotyczące znaczenia objawu Smitha w rozpoznawaniu gruźlicy gruczołów tchawiczno-oskrzelowych u dzieci. Istotnie w 15 przypadkach szmer żylny nad rękojeścią mostka był dosyć wyraźny. W kilku przypadkach wyniki badania budziły pewną wątpliwość i pod względem słuchowym nie dawały się dokładnie określić. Zamiast szmeru słychać było słabo zaznaczony jakiś współdźwięk szorstkawy, towarzyszący skurczowemu tonowi serca. Wreszcie w 3 przypadkach objawu Smitha wcale nie wykryłem, pomimo, że w jednym zwłaszcza przypadku stłumienie przymostkowe prawostronne było nader wybitne.

Oprócz autorów francuskich, którzy stłumieniom przymostkowym przypisują ważne znaczenie rozpoznawcze, w piśmiennictwie niemieckiem zwrócił na nie w ostatnim czasie szczególną uwagę Gölz 11) (1914). Na 68 przypadków gruźlicy gruczołów tchawiczno-oskrzelowych autor ten spostrzegał wyraźne stłumienie mostkowe i przymostkowe w pierwszych dwóch międzyżebrzach u 52 chorych. W 40 przypadkach stłumienie było z prawej strony, w 9 — z lewej, w 3 z obydwu stron mostka.

Niektórzy klinicyści niemieccy podają, że przy opukiwaniu przedniej ściany klatki piersiowej w bezpośredniem sąsiedztwie stłumienia względnego serca można stwierdzić obrzmienie gruczołów tchawicznooskrzelowych dolnych. Opukiwanie powinno być lekkie, chory leżeć na wznak. W tem położeniu miejsce podziału tchawicy odpowiada poziomowi przyczepu chrząstki 3. żebra. Przy powiększeniu gruczołów, po obu stronach serca występuje lekka zmiana odgłosu opukowego, która sprawia wrażenie, że mamy właściwie do czynienia z rozszerzeniem serca (parakardiale Dämpfung). Brak odpowiednich objawów klinicznych i osłuchowych pozwala łatwo to przypuszczenie wyłączyć. O. Müller 12) stłumienie przysercowe obustronne zalicza do najczęstszych objawów opukowych, spostrzeganych przez niego w gruźlicy gruczołów tchawiczno-oskrzelowych. Gölz stłumienie przysercowe prawostronne spostrzegał w 23 przypadkach (33%). Na podstawie własnego doświadczenia o wartości rozpoznawczej tego objawu nie mogę powiedzieć nic pewnego. W badaniach początkowych nie zwróciłem na tę sprawę dostatecznej uwagi. W spostrzeżeniach późniejszych prawa granica względnego stłumienia serca wydawała mi się kilka razy przesuniętą nieco dalej poza brzeg mostka ku stronie prawej, nie mając jednak możności sprawdzenia tego objawu badaniem radyograficznem, wolę powstrzymać się od wszelkich sądów w tym względzie.

Na tylnej ścianie klatki piersiowej warunki dla opukiwania są znacznie gorsze, aniżeli z przodu. Zgodnie z poglądami autorów francuskich, możemy przyjąć, że osłuchiwanie daje tutaj wyniki o wiele lepsze i pewniejsze od opukiwania. W każdym razie znaczniejsze obrzmienie gruczołów może objawiać się zmianą odgłosu opukowego w okolicach przykręgowych górnych kręgów piersiowych (paravertebrale Dämpfungen). Opukiwanie w tych razach powinno być nieco mocniejsze, wskaziciel lewej ręki, służący jako pukadło, powinien leżeć pionowo, bezpośrednio obok wyrostków kolczystych. Postawa chorego siedząca, głowa i tułów lekko pochylone naprzód. Przy powiększeniu gruczołów możemy stwierdzić wązki pas stłumienia lub skrócenia odgłosu opukowego wraz z uczuciem oporu wzmożonego pod palcem w okolicy przykręgowej prawej lub lewej, w obrębie między 1. i 6. kręgiem piersiowym górnym. W jednych przypadkach stłumienie daje się zauważyć na poziomie od 1. do 3. kręgu piersiowego, z jednej lub z obydwu stron wyrostków kolczystych, w innych przypadkach zajmuje obszar, odpowiadający 4—6. kręgowi.

Stłumienia przykręgowe, zdaniem wielu autorów niemieckich (Dautwitz 13), O. Müller, Bandelier i Roepke 14), Philippi i t. d.) należą do bardzo ważnych i częstych objawów opukowych gruźlicy gruczołów. Dautwitz n. p. podaje, że przeszło w 100 przypadkach tej choroby, rozpoznanych na podstawie opukiwania klatki piersiowej, mógł określić nie tylko obecność, ale i obszar gruczołów obrzmiałych. Późniejsze zdjęcia radyograficzne odpowiadały najzupełniej wynikom opukiwania. Osobiście nie podzielam optymizmu Dautwitza. Na 62 przypadków gruźlicy gruczołów tchawicznooskrzelowych stłumienie przykręgowe, najczęściej prawostronne, na poziomie od 1. do 4. kręgu, stwierdziłem tylko u 15 chorych, co stanowi mniej więcej 24%. Wprawdzie spostrzegałem je bardzo często poniżej 4. kręgu, lecz objaw ten traktuję z pewną ostrożnością. Długi szereg badań, podjętych na osobach zdrowych najrozmaitszego wieku, utwierdził mnie w przekonaniu, że u większości ludzi w warunkach prawidłowych można zauważyć lekką zmianę odgłosu opukowego mniej więcej na poziomie 5. kręgu piersiowego. Stłumienie to w postaci pasa szerokości około 2 ctm. wybiega po obu stronach kręgosłupa w kierunku łopatek. Zdaje mi się, że ta zmiana odgłosu opukowego musi być w pewnej zależności od podziału tchawicy, który u dzieci starszych i ludzi dorosłych odpowiada poziomowi 4., względnie 5. kręgu piersiowego. Nie chcąc z tego spostrzeżenia wysnuwać szerszych uogólnień, ograniczam się do wzmianki, że stłumienia na tym poziomie nie uważam za objaw chorobowy. Miarodajne są tylko stłumienia w obrębie od 1. do 4. i poniekąd 6. kręgu piersiowego.

Pokrewną metodą badania, dającą wyniki zbliżone, jest bezpośrednie opukiwanie palcem wyrostków kolczystych kręgów piersiowych. Pojedyncze kręgi grają rolę pukadeł w stosunku do położonych przed nimi narządów i oddziałują na opukiwanie samodzielnie niezależnie jeden od drugiego. Ten sposób badania, opisany dawniej przez Edwarta (1899), w ostatnim czasie zyskał szerszy rozgłos pod wpływem prac klinicznych i doświadczalnych v. Korànyiego, de la Campa i Nagla 16). W piśmiennictwie naszem sprawę tę poruszył Michałowicz 17), który w r. 1909 ogłosił wyniki swych badań, podjętych w klinice Eschericha w Wiedniu. Praca Michałowicza zawiera opis 22 przypadków, w których wyniki badania zostały sprawdzone sekcyjnie lub promieniami Roentgena. Autor, po szczegółowem rozpatrzeniu stosunków topograficznych podług układu Sukiennikowa i bliższym rozbiorze przypadków spostrzeganych, dochodzi do wniosku, że opukiwanie kręgosłupa jest jedną z najpewniejszych metod rozpoznawczych w gruźlicy gruczołów tchawicznooskrzelowych u dzieci, że umożliwia rozpoznanie wczesne w tych nawet przypadkach, gdzie badanie promieniami Roentgena nie daje jeszcze wyników dodatnich. Stłumienie na kręgosłupie, jako objaw powiększenia gruczołów, występuje, podług Michałowicza, najczęściej w obrębie od 1. do 5. kręgu piersiowego, u dzieci starszych bywa i na 6. Stłumienie na 4—6. kręgu jest następstwem obrzmienia gruczołu, leżącego pod podziałem tchawicy.

Wnioski Michałowicza, oparte na względnie szczupłym materyale klinicznym, dotyczącym przeważnie dzieci do lat pięciu (15 spostrzeżeń), nie dadzą się uogólnić. Chcąc przekonać się o wartości tej metody w rozpoznawaniu gruźlicy gruczołów u dzieci starszych i ludzi dorosłych, postanowiłem zapoznać się bliżej z odgłosem opukowym, jaki dają wyrostki kolczyste kręgów piersiowych w warunkach prawidłowych. Po zbadaniu przeszło 200 osób różnego wieku przekonałem się, że średnio u 25% ludzi wyrostki kolczyste kręgów piersiowych są niedostępne dla opukiwania palcem z powodu silniej rozwiniętego układu mięśniowego lub obfitej podściółki tłuszczowej. Prócz tego, u 20% osób badanie było połączone z dużemi trudnościami jeszcze i z tej przyczyny, że kręgi 4. 5. i 6. są często ułożone głębiej, wskutek czego można było opukać wyrostki kolczyste tylko 3 górnych kręgów piersiowych. Obfitsza podściółka tłuszczowa, nawet przy dostępnych dla badania wyrostkach kolczystych, zmienia nieco charakter odgłosu opukowego. Utrudnia to również oryentacyę, opartą na spostrzeżeniu i porównywaniu wrażeń, i tak już subtelnych. A przecież wiemy, że odżywienie osobników, dotkniętych gruźlicą gruczołów samoistną, pierwotną, o której rozpoznanie właściwie nam chodzi, jest bardzo często dobre, że czasami ludzie tacy są nawet otyli. Wszystkie te względy, uszczuplając znacznie zakres stosowania tej metody badania, zmniejszają jej wartość. Wrażenia Michałowicza są dlatego odmienne, że do badań były wybierane dzieci wyniszczone, u których schorzenie gruczołów było powikłane gruźlicą płucną lub ogólną.

Powtóre, wahania osobnicze pod względem właściwości odgłosu opukowego poszczególnych kręgów piersiowych są dosyć znaczne. Pierwszy krąg piersiowy daje najczęściej odgłos stłumiony, zbliżony do odgłosu 7. kręgu szyjnego. Na 2. i 3. wyrostku kolczystym odgłos opukowy staje się stopniowo jawniejszym, chociaż nosi jeszcze chechy przytłumienia, które u jednych osób zaznaczone jest silniej, u innych słabiej. Najpełniejszym jest odgłos 4. kręgu piersiowego. Na 5., a czasami na 6. kręgu, występuje ponownie mniej lub więcej wyraźne stłumienie, które w swoim czasie zauważył już Edwart i objaśniał zmienionymi warunkami przewodnictwa dźwięku pod podziałem tchawicy. Na podstawie spostrzeżeń własnych, nieznacznego stłumienia na 5. wyrostku kolczystym u dzieci starszych i ludzi dorosłych nie uważałem za objaw chorobowy; może być ono w związku z temi stłumieniami przykręgowemi, o jakich mówiłem wyżej.

Widzimy zatem, że w rozpoznawaniu gruźlicy gruczołów tchawiczno-oskrzelowych zapomocą opukiwania wyrostków kolczystych przedewszystkiem trzeba pamiętać o możliwych wahaniach osobniczych i o tych stłumieniach, które spostrzegamy w warunkach prawidłowych. Stwierdzenie stłumienia na 3. i 4. kręgu piersiowym będzie posiadać doniosłą wartość rozpoznawczą, stłumienie na 1., 2., i 5., poniekąd 6. kręgu musi być zaznaczone bardzo wyraźnie, ażeby mogło stać się podstawą do rozpoznawania obrzmienia gruczołów.

Wartość praktyczna tej metody badania oceniana jest niejednakowo przez różnych autorów. Nagel wśród 50 dzieci, podejrzanych co do gruźlicy gruczołów oskrzelowych, stwierdził stłumienie na kręgosłupie w 16 przypadkach. Zabel 18) otrzymał wyniki dodatnie w 40% przypadków. Gölz wśród 65 dzieci z gruźlicą gruczołów tchawiczno-oskrzelowych, przeważnie w wieku od lat 5 do 12, stwierdził stłumienie na 3. i 4. kręgu piersiowym w 53 przypadkach (81%). W spostrzeżeniach moich stosunek odsetkowy jest znacznie mniejszy — 17%. Stłumienie na wyrostkach kolczystych spostrzegałem tylko u 11 chorych. W 2 przypadkach było ono zaznaczone bardzo wyraźnie od 1. do 4. kręgu, w jednym na wyrostku kolczystym 5. i 6., w pozostałych przypadkach odgłos opukowy był stłumiony w obrębie 3. i 4. kręgu. Zmianie odgłosu opukowego na wyrostkach kolczystych odpowiadały prawie zawsze mniej lub więcej wyraźne stłumienia przykręgowe na tym samym poziomie. Mały odsetek przypadków ze stłumieniem na kręgosłupie w spostrzeżeniach moich tłomaczy ta okoliczność, że znaczna część osobników mimo gruźlicy gruczołów była odżywiona dobrze. Powtóre, wyniki badania niepewne, wątpliwe, zaliczyłem do kategoryi ujemnych, wreszcie ze statystyki tej wyłączyłem wszystkie te przypadki, w których obok schorzenia gruczołów można było stwierdzić objawy gruźlicy płucnej.

Chcąc skończyć rzecz o opukiwaniu, wspomnę jeszcze w kilku słowach o zmianie odgłosu opukowego w przestrzeni międzyłopatkowej czyli o t. zw. stłumieniu wnękowem. Było ono zauważone i opisywane przez klinicystów dawniejszych, jako objaw znamienny powiększenia gruczołów tchawiczno-oskrzelowych. I w naszych czasach wielu autorów przypisuje objawowi temu ważne znaczenie w rozpoznawaniu gruźlicy gruczołów u dzieci i ludzi dorosłych (Philippi). Nie ulega wątpliwości, że gruczoły b a r d z o powiększone wywierają pewien wpływ na zmianę odgłosu opukowego w przestrzeni między kręgosłupem i brzegami łopatek. Wyraźne jednak stłumienie, jak dowodzą badania radyograficzne, jest najczęściej objawem sprawy gruźliczej w płucu, a mianowicie zapalenia okołooskrzelowego i nacieków, rozwijających się w bezpośredniem sąsiedztwie gruczołów schorzałych. U dzieci zjawisko to spostrzegamy najczęściej w okresie między 6—7. rokiem życia. Pod wpływem odry lub krztuśca skryta dotychczas gruźlica gruczołów staje się czynną i wywołuje naciek płucny, który w obrazach radyograficznych przedstawia się w postaci cienia trójkątnego w okolicy wnęki (Sluka 19).

Zmianie odgłosu opukowego przy powiększeniu gruczołów tchawiczno-oskrzelowych towarzyszy najczęściej drżenie piersiowe wzmożone. Chcąc jednak uniknąć błędów rozpoznawczych, musimy pamiętać, że już w warunkach prawidłowych drżenie piersiowe jest wzmożone w górnych częściach tylnej ściany klatki piersiowej i że w prawej wnęce jest ono silniejsze, niż w lewej. Ponieważ przy powiększeniu gruczołów objaw ten występuje na małej przestrzeni, odpowiadającej zwykle obszarowi odgłosu stłumionego, stwierdzenie jego jest trudne i wymaga dużej wprawy.

Osłuchiwanie klatki piersiowej, zwłaszcza tylnej ściany i kręgosłupa, daje bardzo ważne wskazówki rozpoznawcze. Czasami spostrzegamy w jednym ze szczytów lub nawet w znacznej części płuca osłabienie szmeru oddechowego, będące następstwem ucisku i zwężenia oskrzeli. Drżenie piersiowe w tych razach może być zmniejszone. W dawnem piśmiennictwie francuskiem osłabienie oddechu pęcherzykowego w szczycie prawym grało ważną rolę w rozpoznaniu gruźlicy gruczołów (Leblond, Woillez, Daga, Villemin, Guénau de Mussy i t. d.). Na podstawie wrażeń osobistych, jak to zaznaczyłem w innej swej pracy, osłabienie oddechu w szczycie prawym skłonny jestem uważać albo za objaw prawidłowy, albo za objaw gruźlicy gruczołowej wyleczonej, wygasłej.

W przypadkach świeżych gruczoły obrzmiałe, dotykając bezpośrednio tchawicy i głównych oskrzeli, stają się lepszymi przewodnikami dźwięku i wywołują raczej wzmocnienie szmerów oddechowych. W przestrzeni międzyłopatkowej, a nawet w szczytach, wydech przybiera odcień chuchający, zbliżony do oskrzelowego, wdech staje się zaostrzonym, głośniejszym. Objawy te spostrzegałem w 10 przypadkach (15%). Świsty i rzężenia wilgotne, o ile nie są wyrazem sprawy gruźliczej w płucu, zależą od dosyć częstych nieżytów oskrzeli, które przy gruźlicy gruczołów powstają łatwo wskutek wpływów mechanicznych i toksycznych.

Najstalszym i najwcześniejszym objawem schorzenia gruczołów, stwierdzanym zapomocą osłuchiwania, jest odgłos oskrzelowy mowy (bronchophonia). Z największą wyrazistością objaw ten występuje na kręgosłupie i w okolicach przykręgowych, zwłaszcza na stronie prawej. Fakt ten, zauważony przez D' Espinea w r. 1889, został omówiony bliżej na posiedzeniu Akademii nauk lekarskich w Paryżu w r. 1907, i od tego czasu pod nazwą objawu D' Espinea 21) zjednał sobie wielkie uznanie we Francyi.

Ścisłość nakazuje przyznać, że i klinicyści niemieccy (Heubner, de la Camp) stosują osłuchiwanie kręgosłupa w celu określenia zmiany jakościowej szmeru oddechowego w obrębie górnych kręgów piersiowych. Ponieważ obrzmiałe gruczoły tchawiczno-oskrzelowe przylegają w kilku miejscach bezpośrednio do kręgosłupa, ułatwione zostaje przewodnictwo szmeru tchawicznego. Zamiast prawidłowego szmeru pęcherzykowo-oskrzelowego, słychać czasami, w obrębie od 1. do 4. kręgu, głośny szmer tchawiczny w okresie wdechu i wydechu. Przy powiększeniu gruczołu pod podziałem tchawicy szmer ten, współdźwięczący zdala, można stwierdzić jeszcze na wyrostkach kolczystych 5. i 6. kręgu. Jednak ten sposób badania nie daje wyników pewnych. Odróżnienie fizyologicznego szmeru pęcherzykowo-oskrzelowego od wyłącznie tchawicznego bardzo często sprawia wielkie trudności.

Badanie odgłosu oskrzelowego mowy podług sposobu D' Espinea jest o wiele łatwiejsze. D' Espine podkreśla, że w badaniu tem przedewszystkiem trzeba uprzytomnić sobie różnicę, jaka zachodzi między wzmożonem przewodnictwem głosu i odgłosem oskrzelowym mowy. Przewodnictwo głosu wzmożone może być objawem przypadkowym, zależnym od silnego i nizkiego głosu lub wychudzenia chorego. Badanie, które pozwolę sobie opisać podług słów autora, odbywa się w sposób następujący. Chorego prosimy o powtarzanie głośne i wyraźne liczby »trois cent trente trois[1])«, małe dzieci osłuchujemy, korzystając z płaczu lub krzyku[2]). Przy pomocy słuchawki z wązką nasadą badamy najpierw kręgi szyjne. Spostrzegamy wówczas charakterystyczny szmer (bourdonnement) tchawiczny, który u dzieci zdrowych ustaje raptownie na poziomie wyrostka kolczystego 7. kręgu szyjnego, gdzie zaczynają się płuca. Przeciwnie przy powiększeniu gruczołów odcień oskrzelowy mowy słychać jeszcze niżej, w obrębie między 7. kręgiem szyjnym i 4—5. piersiowym. »Przestrzeń ta odpowiada odcinkowi dolnemu tchawicy i jej podziałowi, który znajduje się na poziomie 3. kręgu piersiowego«. Odgłos oskrzelowy mowy występuje najwyraźniej przy osłuchiwaniu kręgosłupa bezpośrednio uchem. Słuchawkę stosujemy dlatego, żeby dokładnie określić miejsce tego objawu, który może być spostrzegany na jednym albo też na kilku kręgach. W czasie badania ucho wolne powinno być zaciśnięte palcem.

Jeżeli mowa głośna lub krzyk nie dają wyników pewnych, proponujemy dziecku, jeżeli jest to możliwe, powtarzanie liczby

---

[1]) D' Espine wybrał zapewne tę liczbę z powodu powtarzania się dźwięku *r* — (trois cent trente trois). Ja zwykle prosiłem osoby badane o liczenie od 40 do 50 lub powtarzanie »czterdzieści cztery«.

[2]) Największą trudność w zastosowaniu sposobu D' Espinea spostrzegamy między 2.—4. i 5. rokiem życia. Dzieci przy badaniu zachowują się spokojnie i często żadnemi próbami nie można ich skłonić do rozmowy lub powtarzania jakiegokolwiek wyrazu.

»czterdzieści cztery« głosem cichym lub szeptem. Przy powiększeniu gruczołów odbieramy wrażenie bezgłośnego oddźwięku mowy (pectoriloquie aphone), któremu D' Espine daje nazwę »chuchotement«. Ten szept charakterystyczny ma tę samą wartość objawową, co i właściwy odgłos oskrzelowy mowy. W większości przypadków wyniki badania szeptu są pewniejsze i charakterystyczniejsze. Przy znacznem powiększeniu gruczołów objaw ten można stwierdzić na zewnątrz wyrostków kolczystych, w okolicach przykręgowych, zwłaszcza na stronie prawej.

W ostatnich latach kilku autorów podjęło szereg badań celem sprawdzenia wartości rozpoznawczej objawu D' Espinea. Badanie to stosowano u dzieci starszych (Gölz) i ludzi dorosłych (Roch 23) i nietylko w gruźlicy gruczołów tchawiczno-oskrzelowych, ale i w innych chorobach śródpiersia (Zabel). Z badań tych, które w zarysach ogólnych zgadzają się z wynikami moich spostrzeżeń, wypływa wniosek, że dolna granica odgłosu oskrzelowego mowy na kręgosłupie u ludzi zdrowych przesuwa się z wiekiem ku dołowi. Zabel podaje, że u dzieci małych, zgodnie z poglądem D' Espinea, linia graniczna przebiega na poziomie 7. kręgu szyjnego; około 8. roku dolną granicę odgłosu oskrzelowego mowy stanowi pierwszy krąg piersiowy, w 12. roku — drugi, w 16. roku — trzeci; u ludzi dorosłych jeszcze na czwartym kręgu słychać czasami głuchy, współdźwięczący zdala odcień oskrzelowy. Innemi słowy, podług Zabela, u człowieka dorosłego odgłos oskrzelowy mowy staje się objawem chorobowym dopiero wówczas, kiedy występuje na wyrostkach kolczystych 5. i 6. kręgu piersiowego. Niejednakowy poziom odgłosu oskrzelowego mowy w różnych okresach życia zależy od kilku czynników. Gra tu zapewne rolę stopniowe przesuwanie się ku dołowi miejsca podziału tchawicy. U dzieci małych miejsce to odpowiada poziomowi 3. kręgu piersiowego (D' Espine), u dzieci starszych i ludzi dorosłych — 4. i 5. kręgu, u starców bywa spostrzegane i na 6. kręgu. Jednak pod tym względem muszą zachodzić pewne wahania osobnicze, gdyż nawet u dzieci maleńkich, jak to między innemi wynika ze spostrzeżeń sekcyjnych Michałowicza, miejsce podziału tchawicy może się znajdować na poziomie dolnego brzegu 4. względnie 5. kręgu piersiowego. Prócz tego, nie pozbawiony znaczenia jest kierunek rozbieżny odcinka dolnego tchawicy i kręgosłupa. Wreszcie pewien wpływ musimy przypisywać własnościom osobniczym pod względem rozwoju kośćca, budowy klatki piersiowej i t. p.

Godząc się najzupełniej na zasadniczy punkt wywodów Zabela, że w wieku starszym dolna granica odgłosu oskrzelowego mowy przesuwa ku dołowi, nie mogę nie zaznaczyć, że pod względem niektórych szczegółów wyniki moich badań są nieco odmienne. Zabel główną zaletę sposobu D' Espinea upatruje w ostrem odcinaniu się (scharfe Abgrenzbarkeit) odgłosu oskrzelowego mowy, będącem w związku z samodzielnością czy niezależnością osłuchową poszczególnych kręgów. Przyczyną tej niezależności mają być krążki międzykręgowe sprężyste, odosobniające jeden krąg od drugiego. Już de la Camp wykazał, że powiększony gruczoł śródpiersia, przylegający bezpośrednio do jednego kręgu, wywołuje zmianę odgłosu opukowego tylko na przestrzeni, odpowiadającej temu samemu kręgowi. Zjawisko analogiczne, stwierdzone późniejszem badaniem pośmiertnem, zauważył również Zabel przy osłuchiwaniu poszczególnych kręgów. Ja sam spostrzegałem przypadek, w którym stłumienie i objaw D' Espinea występowały jednocześnie i dosyć wyraźnie tylko na jednym wyrostku kolczystym. Jednakie wnioski, oparte na faktach chorobowych względnie nielicznych, nie mogą stanowić zasady ogólnej dla warunków prawidłowych. Jak przekonałem się wielokrotnie, granica dolna odgłosu oskrzelowego mowy w wieku starszym niezawsze odcina się tak ostro i wyraźnie, jak podaje Zabel. U ludzi dorosłych bardzo często już na pierwszym kręgu piersiowym zmniejsza się znacznie natężenie odgłosu oskrzelowego, który słabnie stopniowo i ginie na 3. lub na 4. kręgu. U dzieci do lat 10 omawiana linia graniczna przebiega najczęściej na poziomie wyrostka kolczystego pierwszego kręgu piersiowego, a jednak w wielu razach jeszcze na drugim kręgu słychać współdźwięk oskrzelowy oddalony i głuchy. Ta właśnie okoliczność utrudnia badanie i może być przyczyną błędów rozpoznawczych. Dlatego w przypadkach wątpliwych lepiej będzie uważać za objaw prawidłowy i ten osłabiony współdźwięk tchawiczny, jaki zdarza się spostrzegać na kręgu najbliższym dolnym pod linią graniczną wyraźnego odgłosu oskrzelowego mowy.

Powtóre różnice osobnicze, jak przyznaje sam Zabel, mogą się wahać w obrębie jednego kręgu. Tak n. p. u ludzi dorosłych zazwyczaj jeszcze na 4. kręgu słychać słaby, lecz charakterystyczny współdźwięk oskrzelowy, a jednak zdarzało mi się spostrzegać przypadki, w których odgłos ten kończył się tuż pod wyrostkiem kolczystym drugiego kręgu piersiowego.

Po tych zastrzeżeniach wrażenia osobiste na podstawie dotychczasowych badań mógłbym streścić w następujący sposób: U dzieci starszych około 10. roku granicę odgłosu oskrzelowego stanowi krąg pierwszy, od 10. do 15. — krąg drugi, powyżej lat 15 i u dorosłych krąg trzeci, rzadziej czwarty.

Z powyższego wynika, że w badaniu chorych powinniśmy uwzględnić trzy czynniki: wiek badanego, poziom odgłosu oskrzelowego mowy na tym lub innym wyrostku kolczystym, wreszcie natężenie tego objawu. Jeżeli u dziecka 7—8-letniego stwierdzimy objaw D' Espinea na 3. kręgu, a u dorosłego na 5. lub 6., możemy bez wahania rozpoznać powiększenie gruczołu lub inne schorzenie śródpiersia.

Powstaje teraz pytanie, jaka jest istotnie wartość rozpoznawcza objawu D' Espinea. Prace kilku autorów francuskich, ogłoszone w ostatnich latach, stwierdzają jednomyślnie, że ze wszystkich metod badania klinicznego sposób D' Espinea daje wyniki najlepsze (Leroux) 24). Bourdillon mówi, że odgłos oskzelowy mowy, słyszalny na jednym lub kilku kręgach piersiowych, nawet przy braku wszystkich innych objawów klinicznych i fizycznych, wystarcza najzupełniej dla rozpoznania powiększenia gruczołów tchawicznooskrzelowych u dzieci. W piśmiennictwie niemieckiem praca D' Espinea początkowo nie wywołała żadnego oddźwięku. Wprawdzie Dautwitz (1908) stosuje ten sposób badania w okolicach przykręgowych, posługuje się nawet liczbą 333, podkreśla, że odgłos oskrzelowy szeptu (Bronchophonie der Flüsterstimme) jest najpewniejszym objawem powiększenia gruczołów, lecz pomija osłuchiwanie wyrostków kolczystych i o D' Espine nie wspomina słowem. Dopiero w r. 1912 ukazuje się praca Zabela, który na podstawie własnych badań klinicznych i sekcyjnych objawowi D' Espinea nie szczędzi słów najwyższego uznania. Zdaniem tego autora w wielu przypadkach, w których ani opukiwanie, ani radyoskopia, ani objawy czynnościowe nie dawały żadnych zgoła wskazówek, jedynie dodatni objaw D' Espinea świadczył o powiększeniu gruczołów. Słuszność rozpoznania została kilka razy stwierdzona badaniem pośmiertnem. W dwa lata później Gölz (1914) usiłuje nieco osłabić wrażenie, wywołane artykułem Zabela i zgodnie z duchem piśmiennictwa niemieckiego punkt ciężkości w rozpoznawaniu gruźlicy gruczołów przenosi znowuż na opukiwanie. Mimo to jednak nie odmawia objawowi D' Espinea wielkiej wartości rozpoznawczej. W spostrzeżeniach Gölza na 66 przypadków gruźlicy, w których można było korzystać z tego sposobu badania, objaw D' Espinea był dodatni w 46 przypadkach, w 15 przedstawiał pewne wątpliwości (zweifelhaft positiv), zaledwie w 5 wynik był ujemny, gdyż poziom odgłosu oskrzelowego mowy odpowiadał wiekowi!

Na podstawie własnego doświadczenia objawowi D' Espinea przypisuję doniosłe znaczenie praktyczne. Chociaż w każdym przypadku, podejrzanym co do gruźlicy gruczołów tchawiczno-oskrzelowych, rozpoznanie ostateczne było ustalone dopiero po zestawieniu wszystkich objawów ogólnych klinicznych, na zasadzie kilkumiesięcznej i nieraz dłuższej nawet obserwacyi chorych, to jednak muszę przyznać, że w wielu razach stwierdzenie objawu D' Espinea było czynnikiem rozstrzygającym, nie pozwalającym wątpić, że istnieje gruźlica gruczołów. Z pośród ogólnej liczby 62 chorych wyraźny objaw D' Espinea spostrzegałem w 53 przypadkach, z których 19 zostało sprawdzonych promieniami Roentgena. W 2 przypadkach wynik badania był ujemny, gdyż, jak wykazała radyografia, schorzeniem gruźlicznem były dotknięte przeważnie gruczoły oskrzelowopłucne, położone zdala od wnęki, osłuchiwaniem kręgosłupa nie dające się stwierdzić. Być może, okoliczność ta była również przyczyną wyników wątpliwych lub ujemnych w pozostałych 7 przypadkach, w których, mimo braku badania radygraficznego, całokształt objawów chorobowych przemawiał najwięcej za gruźlicą gruczołów. W dwóch nawet przypadkach, u dzieci do lat 10, wątpliwym wynikom osłuchiwania kręgosłupa towarzyszyło dosyć wyraźne stłumienie przymostkowe prawostronne. Objaw D' Espinea ze szczególną wyrazistością występował w tych przypadkach, w których można było stwierdzić jednocześnie stłumienia przykręgowe i na wyrostkach kolczystych. Stosunek odwrotny bywa spostrzegany rzadziej. Nawet przy zaznaczonym wyraźnie objawie D' Espinea stłumienia na wyrostkach kolczystych może zupełnie brakować. W ten sposób badanie odgłosu oskrzelowego mowy staje się doskonałą metodą, kontrolującą niepewne, wątpliwe wyniki opukiwania okolic przykręgowych i wyrostków kolczystych. Dwa te rodzaje badania powinny zawsze uzupełniać się wzajemnie.

Fakty te zarazem dowodzą niewątpliwej wyższości osłuchiwania wyrostków kolczystych nad opukiwaniem. Gruczoły

mało powiększone i niedostępne dla opukiwania mogą jednak ułatwiać przewodnictwo szmeru tchawicznego i wywoływać odgłos oskrzelowy mowy. Że metoda D' Espinea jest rzeczywiście dość czuła, przekonałem się w kilku własnych przypadkach, z których jeden, nieobjęty statystyką, pozwolę sobie w tem miejscu przytoczyć.

W końcu marca r. b. przyprowadzono do mnie 7-letnią dziewczynkę z powodu zmniejszonego łaknienia. Dziecko to, które znam od urodzenia, przechodziło w pierwszym roku życia krztusiec, w trzecim — błonicę, poza tem było zdrowe, dobrze odżywione i do ostatnich czasów doskonale wyglądało. Matka rok rocznie leczy się w Zakopanem. Przy badaniu dziecka stwierdziłem wyraźny objaw D' Espinea do 5. kręgu i powiększone gruczoły podszczękowe, szyjne i nadobojczykowe. O opukiwaniu wyrostków kolczystych nie mogło być mowy z powodu obfitej podściółki tłuszczowej. W płucach nic nieprawidłowego, stan bezgorączkowy. Pod wpływem odpowiedniego leczenia po dwóch miesiącach obrzmienie gruczołów ustąpiło prawie zupełnie. Przy ostatniem badaniu odgłos oskrzelowy mowy, bardzo niewyraźny, sięgał zaledwie do 2. kręgu piersiowego. W tym przypadku krótkotrwałe schorzenie gruczołów, którego charakteru bliżej określić nie mogę, spowodowało łatwo dostrzegalną na kręgosłupie zmianę osłuchową.

W kilku innych przypadkach, tak samo, jak Zabel, objaw D' Espinea spostrzegłem zupełnie przypadkowo u dzieci zołzowatych. D' Espine podkreśla nawet, że w wielu skrytych postaciach gruźlicy gruczołów odgłos oskrzelowy mowy występuje dopiero pod wpływem przyłączających się chorób, n. p. odry, krztuśca, grypy, które wywołują znaczniejsze obrzmienie gruczołów.

Widzimy zatem, że przy uważnem i systematycznem badaniu chorych objaw D' Espinea pomaga nam oryentować się w przebiegu i rozwoju cierpienia. Fakt ten jest bardzo ważny jeszcze i dlatego, że w tych właśnie przypadkach badanie promieniami Roentgena daje często wyniki ujemne.

W końcu uważam za niezbędne podkreślić, że objaw D' Espinea sam przez się świadczy tylko o zmienionych warunkach przewodnictwa szmeru tchawicznego wskutek jakiegoś schorzenia środpiersia. Odgłos oskrzelowy mowy mogą wywoływać nietylko gruczoły obrzmiałe, ale i inne cierpienia, n. p. nowotwory, obrzmienia gruczołów kiłowe, białaczkowe i t. p. Przed kilkoma tygodniami przypadkowe stwierdzenie objawu D' Espinea na 5. i 6. wyrostku kolczystym piersiowym dopomogło mi do wykrycia tętniaka tętnicy głównej [1]). Dlatego w każdym poszczególnym przypadku, po stwierdzeniu objawu D' Espinea, musimy wyłączyć wszystkie możliwe schorzenia śródpiersia i udowodnić, że dany osobnik jest zakażony gruźlicą.

Chcąc lepiej uwydatnić znaczenie badania fizycznego w gruźlicy gruczołów tchawiczno-oskrzelowych, pozwolę sobie przytoczyć opis kilku spostrzeganych przezemnie przypadków.

1. J. M. syn lekarza, w wieku 6 lat. Matka leczy się na gruźlicę przewlekłą o przebiegu bardzo łagodnym. W rok po przebyciu krztuśca, w listopadzie 1912, dziecko dostaje gorączki, która trwa bez żadnej przerwy do połowy czerwca r. 1913. Ciepłota waha się między 37·0—37·6°. Kaszel stały, przeważnie suchy, nie krztuścowaty.

Badanie stwierdziło: Stan ogólny i odżywienie dziecka dobre, lekka zmiana odgłosu opukowego w okolicy przymostkowej międzyżebrza pierwszego prawego, objaw Smitha dodatni, odgłos oskrzelowy mowy do 5. kręgu piersiowego. Badanie promieniami Roentgena (Dr. Judt) dało wyniki niepewne. Po trzymiesięcznym pobycie w Wiśle gorączka i kaszel ustąpiły zupełnie. W objawach fizycznych zmiana stosunkowo nieznaczna, odgłos oskrzelowy mowy, może mniej wyraźny, do 4. kręgu. Od tego czasu ogólny stan dziecka nie pozostawia nic do życzenia, a jednak przy ostatniem badaniu w kwietniu b. r. stwierdziłem dosyć wyraźne stłumienie przymostkowe prawostronne i objaw D' Espinea do 3. kręgu.

2. Z. F. syn inżyniera, w wieku 8 lat. Babka i ojciec chorzy na gruźlicę płuc. Chłopczyk zapada na zapalenie oskrzeli w początkach stycznia r. b. Ciepłota nie ustępuje i trwa do końca marca (37·2—37·5°). Kaszel dość mocny, często wilgotny. Chłopiec fizycznie rozwinięty ponad wiek, otyły, doskonale wygląda. W płucach początkowo objawy nieżytu oskrzeli, po pewnym czasie na kręgosłupie bardzo wyraźny objaw D' Espinea do 5. kręgu włącznie. Zmian opukowych niema. Po 2 miesięcznym pobycie w Meranie gorączka i kaszel ustąpiły, w objawie D' Espinea różnicy nie widać.

3. Przypadek ten dotyczy młodszej siostry, w wieku 6 lat, również niezwykle rozwiniętej pod względem fizycznym i otyłej. Z powodu uporczywej gorączki (37·0—37·5°), która wystąpiła w zimie 1912 r., chora leczyła się w Sanatoryum Dra Dłuskiego. Objawem powiększenia gruczołów było stłumienie przymostkowe prawostronne, stłumienie przykręgowe z tej samej strony do 4. kręgu oraz objaw D' Espinea. Badanie promieniami Roentgena (Dr. Dłuski) wykazało powiększenie gruczołów tchawicznooskrzelowych na stronie prawej. Po powrocie z Zakopanego w objawach fizycznych wyraźna poprawa. Stopniowo odgłos oskrzelowy mowy staje się coraz mniej wyraźnym i kończy się na 2. kręgu piersiowym. W styczniu r. b. dziewczynka spędziła znowu cztery tygodnie w Zakopanem.

4. M. L., syn przemysłowca, w wieku 13 lat. Od dzieciństwa blady, szczupły, skłonny do nieżytów nosa, gardła i oskrzeli. Przed 4 laty odra i zapalenie płuc odoskrzelowe, w następstwie bardzo wyraźny objaw D' Espinea prawie do 6. kręgu. Badanie promieniami Roentgena (Dr. Judt) stwierdziło powiększenie gruczołów tchawicznooskrzelowych na stronie prawej. Po trzykrotnem dłuższem leczeniu nad morzem znaczna poprawa ogólna, otyłość. Gruczoły na szyi prawie niewyczuwalne. W ostatnich czasach po przebyciu grypy i ponownem krótkotrwałem zajęciu płuc, odgłos oskrzelowy mowy staje się wyraźniejszym na 3.—4. kręgu piersiowym, jednocześnie we wnęce prawej ukazuje się słabe stłumienie, oddech zaostrzony, wydech chuchający, wydłużony.

5. A. D. córka majstra fabrycznego, w wieku 13 lat. Ojciec ma otwartą gruźlicę płuc. Dziewczynka gorączkuje od kilku tygodni (37·5—37·8°), blada, szczupła, chuda, kaszel mocny, suchy. Oprócz oddechu zaostrzonego w szczycie prawym — innych zmian oddechowych niema. Wyraźne stłumienie na wyrostkach kolczystych 4, 5 i 6. kręgu. Stłumienia przykręgowe obustronne, zwłaszcza na stronie prawej. Odgłos oskrzelowy mowy włącznie do 6. kręgu.

Wnioski.

1) Najwcześniejszym i najstalszym objawem powiększenia gruczołów tchawicznooskrzelowych jest odgłos oskrzelowy mowy w obrębie górnych kręgów piersiowych, od 1. do 6. włącznie. Poziom odgłosu oskrzelowego mowy w warunkach prawidłowych i chorobowych zależy od wieku. Objaw D' Espinea dodatni spostrzegłem w 85% przypadków gruźlicy gruczołów.

2) Brak objawu D' Espinea nie wyłącza powiększenia gruczołów wewnątrzpiersiowych. Objaw D' Espinea może być ujemny albo przy małem obrzmieniu gruczołów tchawicznooskrzelowych, albo przy schorzeniu gruczołów oskrzelowopłucnych, położonych zdala od wnęki płucnej.

3) Ważnym i częstym objawem powiększenia gruczołów tchawicznooskrzelowych są stłumienia przymostkowe prawostronne, zwłaszcza w okolicy stawu mostkowoobojczykowego. Towarzyszy im często objaw Smitha. Stłumienie przymostkowe prawostronne w międzyżebrzu pierwszem spostrzegałem w 42% przypadków gruźlicy gruczołów tchawicznooskrzelowych.

4) Stłumienia przykręgowe i na wyrostkach kolczystych kręgów piersiowych do 6. włącznie występują w późniejszych okresach choroby, przy znacznem obrzmieniu gruczołów. Spostrzegałem je średnio w 20% przypadków gruźlicy gruczołów tchawicznooskrzelowych. Niepewne i wątpliwe wyniki opukiwania powinny być sprawdzane za pomocą osłuchiwania kręgosłupa. Przy stłumieniu na wyrostkach kolczystych objaw D' Espinea jest zawsze dodatni.

5) Zmiany oddechowe, zwłaszcza na stronie prawej, oddech zaostrzony, wydech wydłużony, chuchający, spostrzegałem średnio w 15% przypadków gruźlicy gruczołów tchawicznooskrzelowych.

6) Rozległe stłumienia w przestrzeni międzyłopatkowej są najczęściej objawem nacieków zapalnych płucnych, rozwijających się w bezpośredniem sąsiedztwie obrzmiałych gruczołów.

7) Sposoby fizyczne służą tylko dla udowodnienia powiększenia gruczołów. Stwierdzenie charakteru gruźliczego powinno być oparte na zestawieniu wszystkich objawów klinicznych, uzupełnionych badaniem radyoskopowem, ewent. próbą tuberkulinową Pirqueta i Eschericha.

Piśmiennictwo. 1) Sukiennikow. Topogr. Anatomie de bronchialen u. trachealen Lymphdrüsen. Dissert. Berlin 1 03. 2) Brecke. Beitr. z. Klin. d. Tuberk. T. IX. 4. 3. S. 309—333. cyt. podług Dautwitza. 3) A. Sokołowski. Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. III. Choroby opłucnej i śródpiersia. Warszawa 1906. str. 192. 4) Heubner. Lehrb. f. Kinderkr. 5)

[1]) Rozpoznanie to, jak dowiedziałem się od Dra Pawińskiego z Warszawy, zostało stwierdzone promieniami Roentgena (rozszerzenie tętnicy głównej zstępującej).

Schlossmann. Handb. d. Kinderh. 1906. 6) Barety. De l'adenopathie trachéo-bronchique dans la scrofule et la phtisie pulmonaire, Thèse de Paris. 1874. 7) Nobécourt et Tixier. Assoc. franç. de péd. juillet 1910. 8) H. Philippi. Beitr. z. Klin. d. Tuberk. t. XXI. 1911. 9) Ed. Rist et M. P. Ameuille. Bull. et mém. de la Soc. de hôp de Paris Nr. 13, str. 654. 10) J. Brudziński. Gaz. lek. 1900 Nr. 22. 11) W. Götz. Med. Klinik Nr. 5. 1914. str. 194. 12) O. Müller. Med. Corresp. Bl. d. Württemberg. ärzt. Landesver. Nr. 46. str. 926. 13) Dautwitz. Beiheft zur Med. Klinik 1908. Heft 9. str. 251. 14) Bandelier und Roepke. Die Klinik der Tuberkulose. Würzburg. 1912. 15) De la Camp. Med. Klinik. 1906 Nr. 1 oraz Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderh. I. 1908. 16) M. Nagel. Der physikalische Nachweis vergrösserter Bronchial- und Mediastinaldrüsen. Dissert. Erlangen 1907. 17) M. Michałowicz. Przegl. ped. Kraków 1909 Z. VI. str. 540. 18) B. Zabel. M. w. W. 1912 Nr. 49. 19) Podług referatu w Lwowskim Tyg. lek. Sluka: W. kl. W. 1913. 20) K. Rozenfeld. Gaz. lek. 1913 Nr. 22 i 23. 21) M. A. D' Espine. Bull. de l'Acad. de méd. Nr. 5. 1907. str. 168. 22) Communication à l'Acad. de med. juillet 1907. 23) Roch. Semaine med. 1911. cyt. podług Zabela. 24) Leraux. L'adenopathie trachéobronchique etc. Paris 1908.

(Nadesłano Redakcyi w czerwcu 1914).

Z państwowej stacyi bakteryologicznej w Krakowie.

Odczyn Widala i Weil-Felixa.

Podał
Dr Stanisław Kaczyński

(Dokończenie).

Bez względu na to, czy wykryte przez Weila i Felixa drobnoustroje (iksy) będziemy uważać, jak to stanowczo utrzymuje Friedberger [10]), za zarazek duru osutkowego, czy też po myśli Weila i Felixa, którzy w tym kierunku, jak dotąd, nie wypowiedzieli zdania, uznamy sprawę za niedojrzałą jeszcze do rozstrzygnięcia, to jedno nie ulega dzisiaj wątpliwości, co na podstawie tysięcy spostrzeżeń jednozgodnie stwierdzono, że odczyn zlepny (Weil-Felixa), który występuje po zmieszaniu zawiesiny tych bakteryi z surowicą krwi chorych na dur osutkowy, jest dla tej choroby swoisty, bo zjawia się w jej przebiegu stale, według Weila i Felixa w 100%, według innych w 96—100% przypadków.

Rozbieżność zapatrywań istnieje tylko co do przyrody, czasu pojawienia się i znikania odczynu, tudzież co do ilościowej swoistości, t. j. wysokości miana odczynu, przy której za swoisty uważać go należy.

Co do przyrody odczynu, to ze zwolennikami zapatrywania, że uważać go należy za paraaglutynacyę względnie współaglutynacyę, lub za wyraz polyaglutynatorycznych własności surowicy chorych na dur osutkowy, rozprawiają się szczegółowo Weil i Felix [11]) i Felix [12]). Rzecz ta ma znaczenie właściwie tylko teoretyczne. Ważne natomiast praktycznie jest ustalenie danych co do okresu pojawienia się, czasu trwania i wysokości miana odczynu jako swoistego.

Weil i Felix [13]) spostrzegali dodatni odczyn w pierwszych czterech dniach choroby w 75% przypadków duru osutkowego przed końcem pierwszego tygodnia w 100%, Starkenstein [14]) podobnie do końca pierwszego tygodnia w 100%, Csepai [15]) bardzo często dopiero z końcem pierwszego tygodnia lub z początkiem drugiego, Gergely w 93% przypadków do końca pierwszego tygodnia, Dadej i Krahelska [16]) czasem już w pierwszej połowie pierwszego tygodnia, ale też czasem dopiero po 12. dniu, a nawet w 17. dniu choroby. Odczyn ten, na ogół czuły, bo daje go często surowica rozcieńczona w stosunku 1 : 1000 (Vitecek [17]) Epstein i Morawetz, Schiff [18]), osiąga według Sterlinga z końcem 2. tygodnia swe najwyższe miano, dochodzące czasem według Starkensteina do 1 : 20.000, według Sachsa [19]) do 1 : 25.000, a według Weila i Felixa [20]) nawet do 1 . 50.000, poczem maleje, ale utrzymywać się może jeszcze przez wiele tygodni, a nawet miesięcy i rok.

Większość wymienionych autorów godzi się z Weilem i Felixem na to, że odczyn ten należy uważać za swoisty, jeżeli występuje w surowicy chorego rozcieńczonej w stosunku 1 : 50. Wyjątek stanowią Epstein i Morawetz, tudzież Dietrich [21]), którzy mianu 1 : 100 i Sterlingowie, którzy dopiero mianu 1 : 200 przypisują znaczenie rozpoznawcze. Arnstein [22]) zaleca ostrożność w ocenie nizkiego miana 1 : 100, może ono bowiem występować w przebiegu innych chorób, występujących u ozdrowieńców po durze osutkowym.

Dzięki uprzejmości lekarza powiatowego w Cieszanowie, kolegi Kruczka, rozporządzam krótkiemi historyami choroby 63 chorych, których krew badałem z powodu podejrzenia duru brzusznego i osutkowego. Nadmieniam przytem, że ostateczne rozpoznanie kliniczne choroby opierało się nie na jednorazowem badaniu, ale na spostrzeżeniach objawów w ciągu całej choroby aż do jej zejścia, że więc w granicach możliwości było ścisłe. Materyał ten nie nadaje się do śledzenia narastania odczynu zlepnego w przebiegu choroby, gdyż ze względu na stosunki miejscowe otrzymywałem do badania zazwyczaj krew jednego chorego tylko raz jeden. Gdy jednak krew pobierana była u różnych chorych w różnych okresach choroby i w dostatecznej ilości (z reguły około 5 cm^3) do wszechstronnego wymianowania, wyniki badań pozwalają na wysnuwanie innych, nie pozbawionych znaczenia wniosków.

Surowicę krwi odwirowaną badałem co do odczynu zlepnego nietylko w stosunku do bakteryi duru brzusznego i prątków Weil-Felixa, ale także — nawiasem wspominam — w stosunku do bakteryi duru rzekomego A i B, a oprócz tego skrzep szczepiłem na żółć, a hodowlę z żółci na płytki z pożywką Drigalskiego, Endo, lub Kindborga. Używałem do odczynu Widala »trwałej zawiesiny« jednego lub według Hilgermanna [23]) mieszaniny kilku łatwo zlepnych szczepów duru brzusznego; do odczynu Weil-Felixa używałem zawiesiny, sporządzonej świeżo z 24-godzinnej hodowli szczepu X_{19}, otrzymanego z Zakładu higieny Uniwersytetu Jagiellońskiego, lub wyjątkowo z takiej hodowli, trzymanej w zapasie 2—3 dni w lodowni. Sporządzałem zawiesinę gęstą według przepisu Weila i Felixa (2 cm^3 fizyologicznego rozczynu soli kuchennej na probówkę hodowli na skośnym agarze), dodając po 1 kropli zawiesiny do 1 cm^3 rozcieńczonej stopniowo surowicy. Od dwu miesięcy posługuję się zawiesiną rozcieńczoną (25—30 cm^3 fizyologicznego rozczynu soli kuchennej na hodowlę) i dodaję jej $^1/_2$ cm^3 do $^1/_2$ cm^3 stopniowo rozcieńczonej surowicy. Zawiesina ta okazała się wygodniejszą w użyciu, a co ważniejsze, jak przez porównanie sprawdziłem, jest wrażliwsza na działanie surowicy chorych, bo odczyn występuje szybciej i jest widoczny jeszcze w takich rozcieńczeniach, w jakich go niema przy użyciu zawiesiny gęstej. Stale starałem się oznaczyć końcowe miano zlepne surowicy. Stojaki z probówkami trzymałem 2 godziny w cieplarce, następnie w ciepłocie pokojowej. Ostateczny wynik odczytywałem na drugi dzień (w 18—24 godzin). Do odczytywania wyników posługiwałem się następującą skalą: + + + osad na dnie lub w okolicy dna probówki, ponad nim płyn zupełnie przejrzysty; + + wyraźny osad, płyn nad nim opalizujący; + ślad osadu, względnie kłaczki lub ziarenka pływające, — zupełny brak osadu, płyn jednostajnie opalizujący, jak kontrola.

Aby uprościć zestawienie spostrzeżeń poczynionych, dzielę przypadki choroby, które omawiam, na trzy grupy.

Do pierwszej grupy zaliczam 17 przypadków klinicznie rozpoznanego duru brzusznego, gdzie wynik badania serologicznego rozpoznanie potwierdza, względnie mu nie przeczy. Odczyn wypadł tu 10 razy dodatnio (1 : 80 względnie 1 : 100 i wyżej), 7 razy ujemnie. Tych 7 przypadków z ujemnym odczynem Widala uchyla się z pod oceny ze względu na jednokrotne badanie. Przypuścić można, że gdyby krew chorych poddano powtórnemu badaniu w późniejszym okresie choroby, odczyn wypadłby dodatnio, a to tem prawdopodobniej, że odczyn już się zaznaczał w nizkich rozcieńczeniach (1 : 20 + + +, 1 : 40 +). W grupie tej trzy razy otrzymałem równocześnie dodatni odczyn W. F. a mianowicie dwa razy w rozcieńczeniu 1 : 25 + + + i raz w rozcieńczeniu 1 : 50 +?

W drugiej grupie pomieszczam 35 przypadków rozpoznanego klinicznie duru osutkowego; rozpoznanie znajduje potwierdzenie w wyniku badania serologicznego. Miano odczynu W. F. dochodziło tu w 7 przypadkach do 1 : 100, w 12 do 1 : 200, w 14 do 1 : 400, w 1 do 1 : 800, a w 1 do 1 : 1600.

Do tej grupy należą 3 przypadki, w których krew badałem dwukrotnie i otrzymałem następujące wyniki:

Przyp.	L. pr.	Dzień choroby	Widal	Weil-Felix
I.	925	4		
	955	31	—	1 : 400
II.	804	9	1 : 80	1 : 400
	817	20	1 : 160	1 : 400
III.	799	14	—	1 : 100
	828	28	1 : 40	1 : 400

Okazuje się, co wogóle zdarza się nierzadko, że w przypadku pierwszym odczyn W. F. pojawił się w późniejszym okresie

choroby; w przypadku drugim miano odczynu W. F. z 9. dnia choroby równało się mianu z 20. dnia choroby, wzrosło natomiast miano odczynu W., wreszcie w przypadku trzecim miano odczynu W. F. wzrosło w ciągu choroby i pojawił się ślad początkowo ujemnego odczynu W.

Wyniki badań krwi chorych tej grupy co do stosunku, jaki zachodzi pomiędzy odczynem W. a durem osutkowym, są zgodne z wynikami badań Weila i Felixa i Gergelyego. Dla rozpatrzenia tego stosunku służy tablica zestawiona poniżej. Wpisuję w nią dla porównania: 12 przypadków duru osutkowego z zeszłorocznej epidemii w powiecie chrzanowskim i 46 przypadków z tegorocznej epidemii w powiecie cieszanowskim, w tem 35 przypadków pomiędzy ludnością żydowską miasta Cieszanowa i 11 przypadków pomiędzy ludnością chrześcijańską gmin wiejskich powiatu. Wyjaśniam przytem, że, jak to czynią inni, biorę tu w rachubę i nizkie miano odczynu W. (1 : 40 względnie 1 : 50).

Pochodzenie chorych	Odczyn W. F. dodatni	W tem odczyn W. dodatni	W. %
Powiat chrzanowski r. 1917	12	2	16·6
Powiat cieszanowski gminy wiejskie r. 1917	35	21	60·0
Cieszanów miasto ludność żydowska r. 1918	35	19	54·3
Powiat cieszanowski gminy wiejskie r. 1918	11	9	81·3
Razem	93	51	54·8

Odczytując powyższą tablicę po myśli zapatrywań Weila i Felixa i Gergelyego, które w zupełności podzielam, utrzymuję, że dur brzuszny jest chorobą, w powiecie cieszanowskim panującą endemicznie od długiego czasu, że zachodzą jednak różnice w jej nasileniu, zależne od stosunków miejscowych, pomiędzy którymi tryb życia mieszkańców (żydzi) odgrywa pewną rolę.

Trzecią grupą obejmuję 11 przypadków duru brzusznego i osutkowego, co do których wynik badania serologicznego pozornie lub rzeczywiście nie pozostaje w zgodzie z rozpoznaniem klinicznem. Są to:

a) Przypadki klinicznie rozpoznanego duru brzusznego:

1. Marya K., L. pr. 833, chorowała 37 dni, miała krwotok jelitowy. Krew do badania pobrano w 11. dniu choroby, odczyny serologiczne W. 1 : 160, W. F. 1 : 200.

2. Emilia K., L. pr. 829, zmarła w 27. dniu choroby, miała krwotok jelitowy, krew do badania pobrano w 18. dniu choroby, odczyny serologiczne W. 1 : 80, W. F. 1 : 400.

3. Marya K., L. pr. 862, chorowała z nawrotem 3 miesiące, miała krwotok jelitowy, krew pobrano do badania w 24. dniu choroby, odczyny serologiczne W. 1 : 80, W. F. 1 : 400.

4. Katarzyna W., L. pr. 879, zmarła w 18. dniu choroby, krew pobrano do badania w 5. dniu choroby, odczyny serologiczne W. —, W. F. 1 : 100.

Co do wszystkich tych przypadków skłonny jestem do oświadczenia się, zgodnie z lekarzem ordynującym, za rozpoznaniem zakażenia mieszanego durem brzusznym i osutkowym. Ujemny odczyn W. w wypadku czwartym usprawiedliwia data pobrania krwi.

b) Przypadki klinicznie rozpoznanego duru osutkowego: odczyn W. F. 1 : 50 wątpliwy (5—8) lub ujemny (9—11), odczyn W. dodatni (10), zresztą ujemny.

5. Katarzyna R., L. pr. 863, krew pobr. w 10 dn. choroby
6. Apolonia P., » » 952, » » » 18 » »
7. Anna W., » » 951, » » » 30 » »
8. Ludwik K., » » 744, » » » 6 » »
9. Michał B., » » 936, » » » 5 » »
10. Felix P. » » 742, » » » 20 » »
11. Katarzyna P., » » 743, » » » 6 » »

Ujemny lub dodatni w rozcieńczeniu 1 : 25 względnie wątpliwy w rozcieńczeniu 1 : 50, a więc nieswoisty odczyn W. F. w przypadkach 5, 6, 8, 9 i 11 tłumaczy data pobrania krwi. Natomiast przypadki 7 i 10 zaliczyć trzeba do tych rzadkich przypadków, w których odczyn W. F. zawodzi i w moim materyale doliczone do 35 przypadków dodatnich grupy drugiej stanowią 5·7%.

Zdarza się czasem, co tłumaczymy sobie obecnością zlepników nieczynnych (aglutynoidy) w surowicy, że odczyn Widala uwidocznia się dopiero w znaczniejszych rozcieńczeniach surowicy (1 : 200, 1 : 400), a brak go w nizkich (1 : 25, 1 : 50). Powstrzymanie odczynu zlepnego w nizkich rozcieńczeniach zauważyli także Weil i Felix co do surowicy chorych na dur osutkowy i prątków X. To powstrzymanie odczynu W. F., idące do stosunkowo wysokich rozcieńczeń, zauważyli również Dadej i Krahelska i podają jeden jego przykład: 1 : 100 — 1 : 200 — 1 : 400 — 1 : 800 ± 1 : 1000 ± 1 : 1500 + 1 : 3000 ± 1 : 4000. — Zjawiska tego na materyale przez siebie badanym dotychczas nie spostrzegłem. Krzywa nasilenia odczynu rozpoczynała się zawsze od najniższego rozcieńczenia 1 : 25 i opadała w miarę rozcieńczeń schodami, jak n. p. 1 : 25 +++, 1 : 50 +++, 1 : 100 +++, 1 : 200 ++, 1 : 400 +, 1 : 800 —, lub rzadziej przeskakując jedno rozcieńczenie: 1 : 25 +++, 1 : 50 +++, 1 : 100 +++, 1 : 200, + 1 : 400, -- lub wreszcie bardzo rzadko opadając nagle: 1 : 25 +++, 1 : 50 +++, 1 : 100 +++, 1 : 200. —.

Z zestawienia wyników badań cudzych i własnych wysnuwam następujące wnioski:

1. Ujemny odczyn Widala, utrzymujący się przez cały czas choroby, przemawia przeciw durowi brzusznemu.

2. Dodatni odczyn Widala, nawet wzrastający w przebiegu choroby, spożytkować się daje dla rozpoznania tylko w zespole z innymi objawami.

3. Ujemny odczyn Weil-Felixa do 8. dnia choroby zazwyczaj do 18. dnia z reguły przemawia przeciw durowi osutkowemu.

4. Dodatni odczyn Weil-Felixa, od rozcieńczenia surowicy chorego 1 : 50 zacząwszy, jest dla duru osutkowego swoistym objawem.

5. Dodatnie odczyny Widala i Weil-Felixa równocześnie przemawiają za durem osutkowym, jeśli zaś inne objawy chorobowe wskazują na dur brzuszny, — za zakażeniem mieszanem.

Piśmiennictwo. [1]) D. m. W. 1916. 42. [2]) D. m. W. 1917. 11. [3]) W. kl. W. 1916. 31. [4]) W. kl. W. 1917. 40. [5]) Fldärztl. Bl. d. II. Arm. 1916. 11. [6]) W. kl. W. 1917. 6. [7]) W. kl. W. 1917. 31. [8]) Dur osutkowy 1917. [9]) W. kl. W. 1916. 13. [10]) D. m. W. 1917. 14. [11]) W. kl. W. 1913. 13. [12]) W. kl. W. 1918. 1. [13]) W. kl. W. 1916. 28. [14]) W. kl. W. 1917. 5. [15]) W. m. W. 1917. 38. [16]) M. m. W. 1917. 43. [17]) W. kl. W. 1917. 31. [18]) D. m. W. 1917. 41. [19]) D. m. W. 1917. 31. [20]) M. m. W. 1918. 1. [21]) D. m. W. 1916. 51. [22]) W. kl. W. 1917. 13. [23]) C. f. B. T. 68.

Wiadomości zawodowe.

Kasa pensyjna dla wdów po lekarzach we Lwowie. C. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych udzieliło reskryptem z d. 3 września 1917 L: 38351 Izbie lekarskiej wschodnio-galicyjskiej we Lwowie pozwolenia na założenie »Kasy pensyjnej dla wdów po lekarzach, przynależnych do Izby, z siedzibą we Lwowie«.

Kasa, której statut został obecnie zatwierdzony, utworzona została na podstawie ces. patentu z 26 listopada 1852 (Dz. u. p. 253) i rozporządzenia ministeryalnego z marca 1896 (Dz. u. p. 31). Polega ona na zasadzie wzajemności i ma na celu zabezpieczyć wdowom po lekarzach, do niej należących, w razie śmierci członka wypłatę stałej pensyi wdowiej. W myśl § 4. statutu członek Kasy ubezpieczyć może żonie stałą pensyę wdowią w jednostkach po 35 Koron rocznie. Najwyższa ilość tych jednostek może wynosić 41, czyli najwyższa ubezpieczona pensya roczna może wynosić 1435 Koron. (Jak załączona tabela).

Wiek zabezpieczającego	Żona młodsza od męża									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25—29	6.30	6.50	6.70	6.90	7.00	—	—	—	—	—
30—34	7.00	7.20	7.50	7.70	7.90	8.20	8.50	8.70	9.00	9.20
35—39	7.70	8.00	8.30	8.60	8.90	9.30	9.60	9.90	10.20	10.50
40—44	8.50	8.90	9.30	9.70	10.10	10.00	11.00	11.40	11.80	12.20
45—49	9.30	9.80	10.30	10.80	11.30	11.90	12.50	13.00	13.60	14.10
50—54	9.90	10.60	11.30	12.00	12.60	13.40	14.10	14.90	15.60	16.30
55—59	10.70	11.60	12.50	13.40	14.20	15.20	16.20	17.20	18.20	19.20

Wysokość opłat rocznych, które członek ma uiszczać, normuje tabela, obliczona w myśl zasad techniki asekuracyjnej. Wysokość ich zależy od wieku męża i różnicy wieku męża i żony. Wkładki mają być opłacane aż do śmierci jednego z małżonków, albo do nastania niezdolności zabezpieczającego męża, najdłużej jednak do tego dnia, w którym zabezpieczający mąż osiągnie 65 lat życia. Wkładki są roczne, płatne z góry, można je jednak uiszczać w ratach półrocznych, kwartalnych lub miesięcznych. — Członkiem Kasy może zostać z wyjątkiem zawodowych lekarzy wojskowych, każdy żonaty lekarz, przynależny do Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, który nie przekroczył 60 r. życia i zawarł związek małżeński przed ukończeniem 50 r. życia. Przyjęcie do Kasy członków zwyczajnych może nastąpić tylko na podstawie pisemnego zgłoszenia. Chcący przystąpić do Kasy musi: 1) na podstawie załączonych dokumentów wykazać wiek swój i wiek żony (metryki urodzin, ślubu), 2) złożyć pisemną deklaracyę, że uważa się za zupełnie zdolnego do wykonywania zawodu. W celu uzyskania prawa do zabezpieczonych pensyi wymagane jest przebycie 5-letniego należenia do Kasy (czas wyczekiwania). Czas ten można znieść za jednorazową opłatą w gotówce lub opłatą osobnej premii bieżącej rocznej, według taryf, obliczonych w sposób asekuracyjno-techniczny.

Pobór pensyi wdowiej rozpoczyna się z dniem pierwszym następującego miesiąca kalendarzowego po śmierci męża i ustaje z chwilą ponownego zamążpójścia lub ze śmiercią wdowy. Na wypadek ponownego zamążpójścia otrzymuje wdowa odprawę w wysokości trzykrotnej rocznej pensyi wdowiej. Pensye zapadłe wypłacać się będzie zabezpieczonej żonie od dnia śmierci członka aż do dnia jej śmierci w rocznej corocznie kwocie i w ratach miesięcznych z góry.

Kasa rozpoczyna już swe istnienie z chwilą zatwierdzenia. Rozwój jej zależy od ilości zgłoszonych członków.

Wydział Izby, którego myślą przewodnią było zabezpieczenie stałych pensyi wdowom po lekarzach, wyraża nadzieję, że lekarze licznem zgłaszaniem się i przystąpieniem do Kasy udowodnią, że instytucya taka jest zaspokojeniem jednej z największych potrzeb zawodu. Zgłoszenia należy przysyłać wprost do Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, Lwów, ul. Lindego, 5.

Wiadomości bieżące.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w marcu 1918.

Gazeta lekarska Nr. 9—12: Finkelstein-Medyński: O śmierci z przejechania (9). — Flatau i Zylberlastówna: (dok. 9). — Leśniowski: W sprawie czynnościowego badania nerek zapomocą metody fenolsulfonftaleinowej (10—12). — Szteyner: Przypadek ciąży zewnątrzmacicznej donoszonej, — laparotomia, wyzdrowienie (11). — J. Jaworski: Medycyna i higiena w ziemi chełmskiej i na Podlasiu (kartki z przeszłości) (12).

Medycyna i Kronika lekarska Nr. 9—13: Saidman: O znieczulaniu splotu ramiennego według Keulenkampfa (9—11). — Heryng: Zasada fizyczna przyrządów do szybkiej sterylizacyi wody (11—12). — Srebrny: Badania laboratoryjne nad działaniem bakteryobójczem pary olejków eterycznych (12—13).

Zdrowie. Zesz. 2—3: Łukasiewicz: O zwalczaniu chorób wenerycznych. — Gröer: System odżywiania prof. Pirqueta i jego znaczenie społeczne.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.